



Fragebogen zur U8

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

ausgefüllt am:

von:

| Gab oder gibt es bei Ihrem Kind seit der U7a.... | nein | ja |
|---|------|----|
| schwerwiegende Erkrankungen, Operationen, Krampfanfälle? | | |
| ungewöhnlich schwere oder häufige Infektionen? | | |
| auffälliges Essverhalten? | | |
| regelmäßige Probleme wie Bauch- oder Kopfschmerzen? | | |
| regelmäßiges Schnarchen? | | |
| Probleme beim Hören? | | |
| Probleme, verstanden zu werden? | | |
| Ihr Kind kann.... | nein | ja |
| ohne Stottern flüssig sprechen? | | |
| Sechswortsätze in Kindersprache sprechen? | | |
| „warum“, „wie“, „wieso“, „wo“, „woher“ fragen? | | |
| sicher Laufrad fahren? | | |
| sich selbst an- und ausziehen? | | |
| problemlos Treppen rauf- und runtergehen? | | |
| einen Stift zwischen den ersten drei Fingern richtig halten? | | |
| Flüssigkeiten eingießen? | | |
| Gefühle bei alltäglichen Situationen selbst steuern und leichtere Enttäuschungen, Freude, Ängste, Stress gut tolerieren? | | |
| mit gleichaltrigen Kindern spielen (auch Rollenspiele) und sich an Spielregeln halten? | | |
| sich für mindestens 20 Minuten alleine beschäftigen? | | |
| sich problemlos stundenweise von Ihnen trennen? | | |
| Ihr Kind schläft gut? | | |
| Ihr Kind trägt Windeln: <input type="radio"/> tags, <input type="radio"/> nachts | | |
| Sie sind als Familie ohne besondere Belastung (z.B. alleinerziehend)? | | |
| Betreiben Sie Kariesprophylaxe durch regelmäßiges Zähneputzen (2 x/Tag) mit fluorhaltiger Zahnpasta? | | |
| Sind Sie zufrieden mit dem Verhalten und der Entwicklung Ihres Kindes? | | |
| Sind Sie zufrieden mit der Sprachentwicklung Ihres Kindes? | | |
| Geht Ihr Kind in den Kindergarten? | | |
| Fernseh-/Tabletzeit pro Tag: <input type="radio"/> <1 Stunden, <input type="radio"/> 1-3 Stunden, <input type="radio"/> >3 Stunden? | | |